

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน
ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อน
โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน

Effects of the Empowerment and Goal attainment Programs
on Blood Sugar levels among Complex Diabetic Patients,
Ban Hong Hospital, Lamphun Province

พรวิภา ยาสุมุทร์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

Pornwipa Yasamut M.N.S. (Adult Nursing)

วงจันทร์ นันทวรรณ พย.บ.

Wongchan Nantawan B.N.S.

โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน Ban Hong Hospital, Lamphun Province

Received: Jan 20, 2023

Revised: Jun 25, 2023

Accepted: Oct 6, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อน ที่มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบจับฉลาก ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 210 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 105 คน ศึกษา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเมษายน 2565 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ใช้ระยะเวลา 3 เดือน 2) แบบบันทึกเป้าหมายและกิจกรรมที่ตัดสินใจเลือก 3) ไวนิลไขมันในเลือด 4) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น ทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อนให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, การตั้งเป้าหมายร่วมกัน, ระดับน้ำตาลในเลือด, ผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อน

ABSTRACT

Complex diabetes has been difficult to manage and often disrupted everyday life. A quasi-experimental two-group pretest-posttest design aimed to evaluate an applied program of empowerment and goal attainment for blood sugar among complex diabetic patients in Ban Hong Hospital, Lamphun Province. Random sampled 210 participants were selected and assigned into 105 in each group equally. The study carried out from November 2011 to April 2022. The instruments consisted of 1) the Empowerment and Goal attainment programs 2) a goal record form and decided activities 3) blood lipid vinyl 4) personal data record and blood glucose record forms. Analyses of the data referred to descriptive statistics, paired t-test and Independent t-test to compare outcomes between the groups. The results showed comparisons of complex diabetic patients between the groups before and after receiving the program that the experimental group had lower blood sugar levels (FBS) than that of the beginning and, similarly, significantly lower than the level in the control group ($p < 0.05$). Learning from this experience, health teams can modify lifestyle to empower and manage for complex diabetic care to be sufficient to control the blood sugar levels for patients' quality of life in the future.

Key words: Empowerment, Goal attainment, Blood sugar, Complex diabetic patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลให้อวัยวะในร่างกายเสื่อมสภาพ และทำงานล้มเหลว จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ ตา ไต หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหากปล่อยไว้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากๆ เป็นเวลานาน จะส่งผลโดยตรงต่อหลอดเลือด เกิดภาวะอัมพฤกษ์และอัมพาตได้ง่ายกว่าคนปกติ นอกจากนี้ยังทำให้อายุขัยสั้นลงของร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย (โรงพยาบาลศิริรินทร์, 2564) เมื่อเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย

ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาระเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2560)

สำหรับสถิติผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มสูงขึ้น มีจำนวน 464, 498, 704 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง, 2564) โดยในปีงบประมาณ 2564 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกมีจำนวน 2,592 คน แบ่งเป็น กลุ่มสีเขียวย 892 คน สีเหลือง 996 คน สีส้ม 420 คนและสีแดง 284 คน จะเห็นว่า กลุ่มสีส้มและสีแดงที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (เบาหวานซับซ้อน) มีจำนวนเป็น 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีผลทำให้

อัตราตัวชี้วัดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีระดับต่ำ (โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง, 2564)

โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มี 10 โรคหลักสำคัญที่ต้องดูแล ซึ่งเกินครึ่งเป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก (High volume) โรงพยาบาลได้จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้อยู่ในความรับผิดชอบ คลินิกโรคเบาหวานเป็นคลินิกหนึ่งในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบ่งกลุ่มการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเครื่องมือป้องกันภาวะแทรกซ้อน (วิชัย เทียนถาวร, 2556) กลุ่มที่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (กลุ่มเบาหวานซับซ้อน) คือมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 154 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อน เป็นกลุ่มที่มีปัญหาหลากหลาย แต่ละคนจะมีปัญหาที่แตกต่างกัน เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จะเกิดผลเสียต่อร่างกายและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ซึ่งการดูแลตามปกติในคลินิกไม่สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อนได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น (เพ็ญศรี รอดพรม และคณะ, 2565) นอกจากนี้ การตั้งเป้าหมายร่วมกันของคิง (King, 1971, 1981) เป็นการค้นหาวิธีปฏิบัติและเลือกวิธีปฏิบัติร่วมกัน และปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่เลือกไว้จนเกิดเป็นพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และได้มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน (สุกฤตา ตะการีย์ และคณะ, 2562) การเสริมพลังอำนาจทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและความต้องการการดูแลตนเอง เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาของตนเอง สามารถประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และ

ตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามวิธีที่เหมาะสมกับตนเองได้ ซึ่งการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติอาจทำได้หลายวิธีจึงทำให้เป้าหมายไม่ชัดเจน หากร่วมกับการตั้งเป้าหมายร่วมกันที่พยาบาลกับผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจตรงกัน ร่วมกันกำหนดปัญหา กำหนดเป้าหมาย ดำเนินกิจกรรมที่ทำให้บรรลุสู่เป้าหมายให้สำเร็จ ซึ่งทั้ง 2 ทฤษฎีนี้ หากนำมาร่วมกันสามารถสนับสนุนซึ่งกันและกัน น่าจะส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อน และสามารถไปสู่เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างรวดเร็วและยั่งยืนมากขึ้น ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ต่อระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อน โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2564–เมษายน 2565

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อน ที่มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จำนวน 2,592 คน (โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อน ที่มารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านโฮ้ง จำนวน 210 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 เมื่อนำมาเทียบเคียงได้ขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.95 นำค่าที่ได้มาเปิดตาราง G*power (Burns & Grove, 2009)

หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อนที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่อายุ และเพศใกล้เคียงกัน ตามเกณฑ์การคัดเลือกและทำการสุ่มแบบจับฉลาก แบ่งเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 105 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 105 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

1) มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) >182 mg% (สีแดง) จำนวน 1 ครั้ง หรือ ระดับน้ำตาลในเลือด 154-182 mg% (สีส้ม) จำนวน 2 ครั้ง

2) อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบ้านโฮ่ง

3) สนใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่มาตามนัด (การนัดหมาย นัดครบ 3 ครั้ง)

2) มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทดลอง

3) ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการนัดหมาย ครั้งที่ 1, 2 หรือ 3 ให้ยุติการทดลองในกลุ่มทดลองคนนั้นได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ประกอบด้วย การเสริมพลังอำนาจ (Gibson, 1991) และการตั้งเป้าหมายร่วมกัน (King, 1981, 1997) ซึ่งมีการนัดหมายพบกันทั้งหมด 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ให้ประเมินสถานการณ์จริง, สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และตัดสินใจ เลือกรูปแบบปฏิบัติ ในครั้งนี้ให้นำการตั้งเป้าหมายร่วมกันมาช่วยด้วย ซึ่งมีขั้นตอนทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย สร้างความเข้าใจตรงกัน (2) พยาบาลกับผู้ป่วยร่วมกันกำหนดปัญหา (3) ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย (4) ร่วมกันกำหนดกิจกรรมที่ทำให้บรรลุสู่เป้าหมาย ตกลงเลือกวิธีการ (5) ร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมตามแผนและกิจกรรมที่กำหนด (6) ร่วมกันประเมินผลกิจกรรมตามเป้าหมาย

ที่กำหนด ครั้งที่ 2 ให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และติดตามเพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรค ครั้งที่ 3 ให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประเมินปัญหาและอุปสรรค ชื่นชม ให้กำลังใจ แสดงการยอมรับผู้ป่วย

1.2 แบบบันทึกเป้าหมาย และกิจกรรมที่ตัดสินใจเลือก ประกอบด้วย ตาราง 4 ช่อง ระบุวันเดือนปี เป้าหมาย กิจกรรมที่เลือก ปัญหาและอุปสรรค

1.3 ไขมันไขมันในเลือด ประกอบด้วย ข้อมูลภาวะไขมันในเลือด ไขมันไตรกลีเซอไรด์ ไขมันโคเลสเตอรอล และวิธีการควบคุมปริมาณไขมันในเลือด

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลในครอบครัวที่ดูแลช่วยเหลือ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน โรคร่วม สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1) การสูบบุหรี่ 2) การดื่มสุรา 3) ภาวะอ้วน (ชาย เส้นรอบพุงไม่เกิน 90 เซนติเมตร, หญิง เส้นรอบพุงไม่เกิน 80 เซนติเมตร) 4) การรับประทานผัก 5) การออกกำลังกาย 6) ระดับความดันโลหิตปกติ 7) ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 8) การรักษาดี 9) ความเครียดหรือวิตกกังวลและ 10) การมีเป็นจิตอาสาทำประโยชน์แก่ส่วนรวม โดยแบบสอบถามเชิงบวก คำตอบ ใช่ มีค่าคะแนน เท่ากับ 1 และ คำตอบ ไม่ใช่ มีค่าคะแนน เท่ากับ 0 ส่วนแบบสอบถามเชิงลบ คำตอบ ใช่ มีค่าคะแนน เท่ากับ 0 และคำตอบ ไม่ใช่ มีค่าคะแนน เท่ากับ 1

2.4 Case Record Form (CRF) แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลอง และเมื่อครบ 4 เดือน (หลังการทดลอง) ของทั้ง 2 กลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง และแบบบันทึกเป้าหมายและกิจกรรมที่ตัดสินใจเลือก ได้ทำการตรวจสอบตรงของเนื้อหาและภาษาของโปรแกรมและแบบบันทึก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญเฉพาะทาง (APN) 1 คน โดยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ แล้วทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและเป็นการประเมินความเข้าใจเนื้อหา ก่อนใช้จริง โดยมีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.93

2. ไวนิลไขมันในเลือด เป็น 1 ใน 3 ชิ้นงานของชุดนวัตกรรม “ไวนิลคู่ใจ เพื่อไตแข็งแรง” (พรวิภา ยาสุมทร์ และคณะ, 2563) เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีปัญหาไขมันในเลือดสูง ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 คน พยาบาลที่ชำนาญเฉพาะทางอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ (APN) 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 คน โดยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ แล้วนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและเป็นการประเมินความเข้าใจเนื้อหา ก่อนใช้จริง ซึ่งได้นำไปใช้ และได้ผลลัพธ์เป็นที่ประจักษ์

3. แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด Case record form (CRF) ได้ตรวจสอบโดยการทดสอบดัชนีความตรงกันของพยาบาลวิชาชีพ 2 คนคือ ผู้ศึกษากับผู้ช่วยวิจัย โดยทำการรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คนเดียวกันในเวลาเดียวกัน จำนวน 5 ราย ได้ค่าความเชื่อถือได้ของการจำแนกประเภทผู้ป่วย (Interrater Reliability: IRR-Testing) เท่ากับ 1 โดยคำนวณจากสูตรจำนวนการบันทึกที่ตรงกันหารด้วยผลบวกของจำนวนการบันทึกที่ต่างกันและจำนวนการบันทึกที่เหมือนกัน (Pilot & Hungler, 1999)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลเพื่อทำโครงการวิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน และดำเนินการวิจัยทั้งหมดเป็นเวลา 4 เดือน

1.2 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และเรียนเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 105 ราย ได้รับการดูแลตามปกติของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนกลุ่มทดลอง จำนวน 105 ราย ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ดังนี้

2. ขั้นตอนการตามโปรแกรม

กลุ่มทดลอง

เดือนที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงตามแบบสอบถามก่อนการวิจัย และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ดังนี้

การพบกันครั้งที่ 1 ใช้การเสริมพลังอำนาจใน
ขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 เป็นการประเมินสถานการณ์จริง
สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ และตัดสินใจ เลือกวิธี
ปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหา
และความต้องการการดูแลตนเอง เกิดความเข้าใจใน
สถานการณ์ปัญหาของตนเอง สามารถประเมิน
ความสามารถในการดูแลตนเอง และตัดสินใจเลือก
ปฏิบัติตามวิธีที่เหมาะสมกับตนเองได้ ในการพบกันครั้ง
นี้มีการนำการตั้งเป้าหมายร่วมกันมาใช้ในการพบ
กันครั้งที่ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการ
ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเอง ดังนี้

1. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
สร้างความเข้าใจตรงกัน เป็นขั้นตอนของการสร้าง
สัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มทดลอง ทำให้เกิดความ
ไว้วางใจ ผ่อนคลาย และได้ข้อมูลที่เป็นจริง เป็น
ขั้นตอนที่สำคัญที่ทำให้ทราบว่ากลุ่มทดลองได้มีการ
ปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง โดยมีการใช้
คำถามกับกลุ่มทดลอง ดังนี้ คือ แจกรายการอาหารที่
รับประทานของ 1 วันก่อนมา ทั้ง 3 มื้อ โดยให้กลุ่ม
ทดลองสะท้อนคิดและพิจารณาว่าอาหารใดที่มีผลให้
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น พร้อมกับบอกวิธีปฏิบัติที่
ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น
หลังจากนั้นให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่กลุ่มทดลองถึง
อาหารที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น แล้ว
แจ้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพเมื่อมีระดับน้ำตาลใน
เลือดสูงขึ้น

2. พยาบาลกับผู้ป่วยร่วมกันกำหนดปัญหา จาก
ข้อมูลที่ได้ทำให้สามารถวิเคราะห์และกำหนดปัญหา
ของกลุ่มทดลอง และได้มีการนำข้อมูลจากแบบสอบถาม
พฤติกรรมดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือ
พฤติกรรมเสี่ยงมาเป็นเป้าหมายในการแก้ไขให้ดีขึ้น

3. หลังจากได้ข้อมูลทั้งหมด จึงร่วมกันกำหนด
เป้าหมายและความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมของกลุ่มทดลอง โดยกำหนดระยะเวลาของ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะสั้น กลาง และ
ยาว ซึ่งยึดตามความเป็นไปได้ที่สามารถทำได้ โดยไม่
รู้สึกกดดันตัวเอง ให้กลุ่มทดลองบันทึกข้อมูลและ
เป้าหมายในแบบบันทึกเป้าหมาย และกิจกรรมที่
ตัดสินใจเลือก

4. ร่วมกันกำหนดกิจกรรมที่ทำให้บรรลุสู่
เป้าหมาย ตกลงเลือกวิธีการ โดยเริ่มจากการปรับ
พฤติกรรมจากเรื่องที่ทำได้ง่ายและเหมาะสมกับการ
ใช้ชีวิตของแต่ละคน และบอกวิธีปฏิบัติที่ทำให้
สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ซึ่ง
เชื่อมโยงกับปัญหาที่ได้วิเคราะห์ไปแล้ว และให้นำ
แบบบันทึกเป้าหมายและกิจกรรมที่ตัดสินใจ
เลือกมาในการพบกันครั้งที่ 2 ซึ่งแบบบันทึก
เป้าหมายและกิจกรรมที่ตัดสินใจเลือก เป็นการ
ตั้งเป้าหมายแล้วลงลายลักษณ์อักษรเป็นหลักฐาน
เพื่อให้ผู้ป่วยมีจุดสนใจ (Focus) ให้เดินไปถึง
เป้าหมายที่ผู้ป่วยได้ตั้งไว้ โดยปฏิบัติตามกิจกรรมที่
ตัดสินใจเลือกไว้ทุกวัน และนำมาในการพบกันตาม
โปรแกรมทุกครั้งเพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรค
และบันทึกวิธีการแก้ปัญหาเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่
กำหนดไว้อีกครั้ง

5. ร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมตามแผนและกิจกรรมที่
กำหนด เริ่มจากค่อยๆ ทำ จนเริ่มทำเป็นกิจวัตร เช่น
การเปลี่ยนการรับประทานข้าวเหนียวมาเป็นข้าวสวย
เริ่มจาก 1 มื้อ เป็น 2 มื้อ และ 3 มื้อ โดยเป้าหมาย
คือ งดข้าวเหนียวเปลี่ยนเป็นข้าวสวยทุกมื้อ ให้มีการ
ปรับเปลี่ยนภายใน 1 สัปดาห์ และคงการปฏิบัติตาม
เป้าหมายนี้ไปตลอด

6. ร่วมกันประเมินผลกิจกรรมตามเป้าหมายที่
กำหนด มีการนัดหมายการพบกันครั้งที่ 2 เพื่อ
ร่วมกันประเมินผลหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม
เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

เดือนที่ 2 เป็นการพบกันครั้งที่ 2 โดยมีระยะเวลา
ห่างจากครั้งแรก 1 เดือน เป็นการใช้การเสริมพลังอำนาจ

ในขั้นตอนที่ 4 คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เน้นเรื่องติดตามการตัดสินใจที่ได้เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองในครั้งที่ 1 พร้อมประเมินปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยติดตามจากผลเลือด FBS การสอบถามและข้อมูลในแบบบันทึกเป้าหมาย กิจกรรมที่ตัดสินใจเลือก และการให้คำปรึกษา โดยมีคำถามที่ใช้ชักถามกลุ่มทดลอง มีดังนี้

1. กล่าวทักทายกลุ่มทดลอง และแจ้งผลเลือด FBS (เจาะตอนเช้าวันที่พบกัน) พร้อมซักถามถึงการปรับพฤติกรรมที่ผ่านมา รวมถึงปัญหาและอุปสรรค หรือความสำเร็จที่เกิดขึ้น

2. ให้กลุ่มทดลองนำแบบบันทึกเป้าหมายและ กิจกรรมที่ตัดสินใจเลือกมาทบทวนวิธีปฏิบัติอีกครั้ง และปรับวิธีปฏิบัตินั้นให้เหมาะสมเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

3. หากมีการปฏิบัติใดที่ทำได้ดีอยู่แล้ว ให้คงการ ปฏิบัตินั้นไว้ต่อไป หากการปรับพฤติกรรมสำเร็จ ให้ คำชื่นชมและกำลังใจให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพนี้ หากการปรับพฤติกรรมยังไม่บรรลุ เป้าหมาย ให้ซักถามถึงปัญหาและอุปสรรค

4. ชี้แนะและให้กำลังใจกลุ่มทดลองในการปรับ พฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดียิ่งขึ้น

5. นัดหมายการพบกันครั้งที่ 3

เดือนที่ 3 เป็นการพบกันครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 1 เดือน เป็นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพ พร้อมประเมินปัญหาและอุปสรรคใน 1 เดือนที่ผ่านมา ในการพบกันครั้งนี้ มีการติดตามจาก ผลเลือด FBS การสอบถามและข้อมูลในแบบบันทึก เป้าหมาย และกิจกรรมที่ตัดสินใจเลือก มีการชื่นชม ให้กำลังใจ แสดงการยอมรับผู้ป่วย การให้คำปรึกษา และคำถามที่ใช้ชักถามกลุ่มทดลองในครั้งนี้มีดังนี้ คือ

1. กล่าวทักทายกลุ่มทดลองและแจ้งผลเลือด FBS (เจาะตอนเช้าวันที่พบกัน) พร้อมซักถามถึงการปรับ

พฤติกรรมที่ผ่านมา รวมถึงปัญหาและอุปสรรค หรือ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น

2. ทบทวนเป้าหมายที่กลุ่มทดลองได้ตั้งไว้จาก แบบบันทึกเป้าหมายและกิจกรรมที่ตัดสินใจเลือก

3. หากการปรับพฤติกรรมสำเร็จ ให้คำชื่นชมและ กำลังใจให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพนี้ หาก การปรับพฤติกรรมยังไม่บรรลุเป้าหมาย ให้ซักถามถึง ปัญหาและอุปสรรค และร่วมกันปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

4. ให้กำลังใจพร้อมเสริมพลังอำนาจความมั่นใจ แก่กลุ่มทดลองในการปรับพฤติกรรมที่ต่อเนื่องต่อไป

5. นัดหมายการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดหลัง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครบตามโปรแกรมอีก 1 เดือน

เดือนที่ 4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล FBS และ ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมเสี่ยงตามแบบสอบถาม หลังการวิจัย

กลุ่มควบคุม

เดือนที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล FBS และประเมินพฤติกรรม การดูแล ตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงตามแบบสอบถาม ก่อนการวิจัย

เดือนที่ 2 และ 3 ได้รับการดูแลตามปกติของคลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เดือนที่ 4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล FBS และ ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือ พฤติกรรมเสี่ยงตามแบบสอบถาม หลังการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแล ตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง และระดับ น้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired t-test

และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เลขที่โครงการวิจัย: REC 2564 - 38 วันที่ 29 ธันวาคม 2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.62 อายุเฉลี่ย 57.65 ปี (S.D.=9.86) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ร้อยละ 91.43 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.10 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.95 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวจำนวน 2,001-3,000 บาท ร้อยละ 33.33 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 80.95 และมีสามีทำหน้าที่หลักใน

การดูแล ร้อยละ 55.24 สำหรับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.76 มีอายุเฉลี่ย 56.82 ปี (S.D.=8.67) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ร้อยละ 98.10 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.48 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวจำนวน 2,001-3,000 บาท ร้อยละ 38.10 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 77.14 และมีสามีทำหน้าที่หลักในการดูแล ร้อยละ 55.24 ดังตารางที่ 1

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

กลุ่มควบคุม มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเบาหวาน 11-20 ปี ร้อยละ 44.76 มีโรคร่วม ร้อยละ 94.29 และมี รพ.สต. เป็นสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ร้อยละ 80.77 ส่วนกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่มีระยะเวลา 11-20 ปี ร้อยละ 45.71 มีโรคร่วม ร้อยละ 92.38 และมี รพ.สต. เป็นสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ร้อยละ 54.29 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n= 210 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=105)		กลุ่มทดลอง (n=105)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	37	35.24	34	32.38
หญิง	68	64.76	71	67.62
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 50	16	15.24	21	20.00
50-59	44	41.90	34	32.38
60-69	36	34.29	36	34.29
มากกว่าหรือเท่ากับ 70	9	8.57	14	13.33
อายุเฉลี่ย (S.D.)	56.82 (S.D.= 8.67)		57.65 (S.D.=9.86)	

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n= 210 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=105)		กลุ่มทดลอง (n=105)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา				
พุทธ	105	100.00	105	100.00
สถานภาพสมรส				
โสด	0	0.00	2	1.90
คู่	103	98.10	96	91.43
หม้าย	2	1.90	7	6.67
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	16	15.24	18	17.14
ประถมศึกษา	63	60.00	61	58.10
มัธยมศึกษา/ปวช./อนุปริญญา	26	24.76	26	24.76
อาชีพ				
เกษตรกร	53	50.48	64	60.95
รับจ้าง	46	43.81	32	30.48
ค้าขาย-ทำธุรกิจ	1	0.95	3	2.86
ไม่ได้ทำงาน	5	4.76	6	5.71
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว				
1,001-2,000 บาท	16	15.24	28	26.67
2,001-3,000 บาท	40	38.10	35	33.33
3,001-4,000 บาท	24	22.86	19	18.10
4,001-5,000 บาท	22	20.95	14	13.33
มากกว่า 5,000 บาท	3	2.86	9	8.57
รายได้เฉลี่ย (S.D.)	3,580 (S.D.=1.07)		3,420 (S.D.=1.27)	
ความเพียงพอของรายได้				
พอใช้	81	77.14	85	80.95
ไม่พอใช้	24	22.86	20	19.05
บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลท่าน				
บุตร และหลาน	17	16.19	13	12.38
สามี	58	55.24	58	55.24
ภรรยา	30	28.57	34	32.38

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (n=210 คน)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	กลุ่มควบคุม (n=105)		กลุ่มทดลอง (n=105)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเบาหวาน (ปี)				
0-10	46	43.81	47	44.76
11-20	47	44.76	48	45.71
21-30	12	11.43	10	9.52
ระยะเวลาเฉลี่ย (S.D.)	15.70 (S.D.=0.60)		17.00 (S.D.=0.72)	
โรคร่วม				
มี	99	94.29	97	92.38
ไม่มี	6	5.71	8	7.62
สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน				
โรงพยาบาล	20	19.23	48	45.71
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	84	80.77	57	54.29

พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 99.00 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 95.20 ปี มีระดับความดันโลหิตที่ปกติ ร้อยละ 90.50 มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ร้อยละ 89.50 มีการรักษาตัว 5 ร้อยละ 95.20 ทั้งหมดไม่เครียด และมีจิตอาสาทำประโยชน์แก่ส่วนรวม ร้อยละ 98.10 ส่วนพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ มีภาวะอ้วน ร้อยละ 62.90 ไม่รับประทานผักเป็นประจำ ร้อยละ 75.20 และออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 66.70

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 98.10 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 89.50 ปี มีระดับความดันโลหิตที่ปกติ ร้อยละ 93.30 มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ร้อยละ 68.60 มีการรักษาตัว 5 ร้อยละ 91.40 ทั้งหมดไม่เครียด และมีจิตอาสาทำประโยชน์แก่ส่วนรวม ร้อยละ 98.10 ส่วนพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ มีภาวะอ้วน ร้อยละ 57.10 ไม่รับประทานผักเป็นประจำ ร้อยละ 49.50 และออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 65.70

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง 7.02 (S.D.=1.25) และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 219.29 mg% (S.D.= 48.44) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง 8.44 (S.D.=0.73) และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 125.21 mg% (S.D.= 20.95) ซึ่งภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยฯ ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=210)

ปัจจัย	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง						
กลุ่มทดลอง (n=105)	7.02	1.25	8.44	0.73	-12.12	0.00*
กลุ่มควบคุม (n=105)	6.71	0.79	6.74	0.88	-1.00	0.32
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)						
กลุ่มทดลอง (n=105)	219.29	48.44	125.21	20.95	19.166	0.000*
กลุ่มควบคุม (n=105)	216.13	48.66	231.06	59.65	-2.913	0.004

* p-value<0.05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มควบคุมและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=210)

ปัจจัย	กลุ่มทดลอง (n=105)		กลุ่มควบคุม (n=105)		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง						
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	7.02	1.25	6.71	0.79	-2.25	0.27
หลังได้รับโปรแกรมฯ	8.44	0.73	6.74	0.88	-14.75	0.00*
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)						
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	219.29	48.44	216.13	48.66	-0.498	0.619
หลังได้รับโปรแกรมฯ	125.21	20.95	231.06	59.65	18.704	0.000*

*p-value<0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุม เนื่องจากการทดลอง มีพฤติกรรมที่เสี่ยงซึ่งมีผลทำให้เกิดการดูแลตนเองในโรคที่เป็นอยู่ไม่ดีเท่าที่ควร ได้แก่ ภาวะอ้วน ไม่ทานผักเป็นประจำ และออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ หลังการทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับพฤติกรรมดีขึ้นมาก ภาวะอ้วนลดลง มีการรับประทานผักมากขึ้นและมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอขึ้น ทั้งนี้มีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างเห็นได้ชัดซึ่งก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมที่เสี่ยงซึ่งมีผลทำให้เกิดการดูแลตนเองในโรคที่เป็นอยู่ไม่ดีเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง คือ มีภาวะอ้วน ไม่ทานผักเป็นประจำ และออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ แต่หลังการทดลองกลุ่มควบคุมยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงแบบเดิมถึงแม้บางคนจะมีการปรับพฤติกรรมบ้างแต่ยังคงทำให้ผลการศึกษาเห็นถึงความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตตำบลไร่มะทอน จังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และคะแนนการรับรู้การจัดการโรคของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (สุขศิริ ประสมสุข และคณะ, 2563)

การรับรู้ความสามารถในตนเองส่งผลต่อการปฏิบัติที่เหมาะสมที่จะนำไปเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการดูแลตนเองด้วยการตั้งเป้าหมายร่วมกับสมาชิกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น

เบาหวาน พบว่า หลังการทดลอง สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน (ดวงพร ผาสุวรรณ, 2566)

ในส่วนของระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เคยปรับพฤติกรรมอย่างจริงจัง ถึงแม้ว่าจะมีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง จนได้มารับรู้ถึงข้อมูลของภาวะแทรกซ้อนของการมีระดับน้ำตาลที่สูงที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและชีวิตในอนาคต จากการพบกันตามโปรแกรมครั้งที่ 2 ทำให้ผลลัพธ์ของการปรับพฤติกรรมซึ่งเป็นไปในทางที่ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างบางรายแพทย์มีการลดขนาดยา และยืดเวลานัดหมายให้นานขึ้น เกิดความภาคภูมิใจและมีความมั่นใจมากขึ้น ในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงจนเข้าสู่ระดับปกติได้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (เพ็ญศรี รอดพรม และคณะ, 2565)

เมื่อเปรียบเทียบระดับ FBS ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จากการวิจัยได้มีการนำเอาการตั้งเป้าหมายร่วมกันของคิง (King, 1971, 1981) มาร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 (การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม) ทำให้ขั้นตอนนี้เป็นรูปธรรม สามารถปฏิบัติได้จริง และทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นปัญหาของตนเอง และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมโดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการบรรลุไปสู่ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา จากการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความเข้าใจในปัญหาของตนเองมากขึ้น เกิดการยอมรับและมีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิม ให้เกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น

ทั้งนี้โปรแกรมได้นำเอาการเสริมสร้างพลังอำนาจและการตั้งเป้าหมายร่วมกันมาผสมรวมกันทำให้เกิดความครอบคลุมและเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตั้งแต่การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง การให้ข้อมูลสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การประสานงาน การสร้างเครือข่ายในชุมชน การจัดการทรัพยากรจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง แหล่งประโยชน์ต่างๆ ทั้งในส่วนบุคคลและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (กิตติยาพร จันทร์ชม และคณะ, 2564) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง

ผลลัพธ์ของการพยาบาลที่มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการฉีดอินซูลินที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง และมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (FBS) ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย (HbA1C) ลดลงจากก่อนเข้าร่วมการทดลอง นอกจากนั้นภายหลังการทดลองผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการฉีดอินซูลินดีกว่ากลุ่มควบคุมรวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (สุกฤตา ตะการีย์ และคณะ, 2562)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดไม่ปกติได้ โดยอาจจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกันมาทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งนี้สามารถทำได้ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ เช่น รพ.สต.

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเพิ่มการวัดผลระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย (HbA1C) เพื่อให้การศึกษามีความครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสีเหลือง FBS 126-153 mg% เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและบุคลากรโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยรวมถึงญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่สนับสนุนการวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กิตติยาพร จันทร์ชม, ญาณิ แสงสาย และบรรเทิง พลสวัสดิ์. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์, 5(2), 12-24.
- ดวงพร ผาสวรรณ, วันเพ็ญ แววีร์คุปต์, จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ, สุนีย์ เนตรภิญโญ, ศิริพร ฉายาทับ และศุภรสมิ์ วิเชียรตนนท์. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการดูแลตนเองด้วยการตั้งเป้าหมายร่วมกับสามีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วารสารพยาบาล, 72(2), 31-40.
- พรวิภา ยาสุมุทร์, พิศมัย ศรีสุวรรณพกุล, อรุณวดี โชตินันท์, วงจันทร์ นันทวรรณ, ภัทรภร วงศ์ใหญ่ และพิทักษ์ แก้วยองผาง. (2563). ผลของการใช้ชุดนวัตกรรมไวนิลคูใจ เพื่อไต่เชิงแรง ต่อการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3, 4 โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. การประชุมวิชาการเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2563 เขตสุขภาพที่ 1 ก้าวไกล นวัตกรรมและวิจัย เพื่อคนไทยสุขภาพดี; วันที่ 30 กรกฎาคม 2563; โรงแรมดิเอ็มเพรส จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่.
- เพ็ญศรี รอดพรม, นฤมล จันทรสุข และนันทพร ทองเต็ม. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารมหาจุฬานาครทรรณ, 9(5), 300-312.
- โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง. (2564). งานเวชระเบียน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง. (เอกสารอัดสำเนา).
- โรงพยาบาลศิริรินทร์. (2564). ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน – รู้หรือไม่?...เป็นเบาหวาน เสี่ยง! โรคอื่นเพิ่มอีก [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2564]; แหล่งข้อมูล: <https://www.sikarin.com/health/รู้หรือไม่เป็นเบาหวาน>.
- โรงพยาบาลศิริราช. (2544). คณะกรรมการอัตรากำลัง ฝ่ายการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุกฤตา ตะการีย์, ศากุล ช่างไม้ และสมพันธ์ หิญชีระนันท์. (2562). ผลลัพธ์ของการพยาบาลที่มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการฉีดยาด้วยตนเอง ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาล, 68(3), 48-55.
- สุขศิริ ประสมสุข, อนุกร นิลเนตร, พนัส ชัยรัมย์ และมารยาท ฉ่ำ มะนา. (2563). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตตำบลไร่สะท้อน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, 10(3), 4-15.
- สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: บริษัท รมเย็น มีเดีย จำกัด.
- Burns, N. and Grove, S. (2009) The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence. (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

- Gibson, C. H. (1991). A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- King, I. M. (1971). *Toward a theory of nursing: General concepts of human behavior*. New York: John Wiley & Sons.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York: John Wiley & Sons.
- Pilot, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: principles and methods* (6th ed). Philadelphia: J.B Lippincott.